

Envejecimiento biológico y senescencia humana

L.Mª Gonzalo
Universidad de Navarra

Correspondencia:
L.Mª Gonzalo
Dpto. de Anatomía
Facultad de Medicina
(lgonzalo@unav.es)

El envejecimiento biológico es común al hombre y a los animales, aunque hablando con rigor el envejecimiento biológico no corresponde al hombre, ya que en nosotros, los humanos, no se da la dicotomía animal-racional. El hombre es una unidad en la que lo animal está asumido y elevado por lo racional, por tanto, nuestra senescencia es humana, no biológica. Sin embargo, en la práctica y en los libros de Gerontología, la manera de enfocar los cambios que sufre el anciano al avanzar su edad es, predominantemente, biológica: se estudian las modificaciones que presentan los diversos aparatos y sistemas y la forma de prevenirlas y, normalmente, se hace menos caso de la persona que las experimenta. Dos son, en mi opinión, los factores responsables de esto: uno, la formación esencialmente somaticista que imparte la carrera de Medicina y, otro, que los síntomas que los ancianos refieren al médico suelen ser los que afectan a su cuerpo, pues los anímicos los consideran fruto de la edad. Sin embargo, los médicos que han tenido ocasión de tratar personas mayores han comprobado que, si sólo se tratan los síntomas somáticos y no se indaga en las causas anímicas que subyacen a esos síntomas, el paciente no mejora ni los síntomas desaparecen.

¿Cuales son las circunstancias y situaciones por las que pasan las personas mayores y que tan hondamente pueden afectar su estado de ánimo? Me voy a referir, sin ser eshaustivo, a aquellas que el médico debe tener más en cuenta.

La jubilación

La repercusión de la jubilación es diferente según las personas, dependiendo, principalmente, del tipo de ocupación desempeñada durante la vida laboral y del talante humano del que se jubila. La jubilación suele suponer un impacto más fuerte para aquellos que en su vida activa desempeñaron tareas importantes y ocuparon puestos de gobierno que les reportaron poder, prestigio y consideración social. Con la jubilación, de la noche a la mañana, la influencia y la consideración desaparecen o por lo menos bajan muchos enteros: como jubilado, es

uno más de la numerosa "clase pasiva". Por otra parte, la actividad que desarrollaba antes de jubilarse -en muchos caso intensa- queda reducida, al menos en el campo profesional, a cero. Este cambio tan fuerte e instantáneo, influye considerablemente en el estado de ánimo de muchos jubilados. No es cuestión del médico cambiar el modo de jubilación para que ésta sea menos traumática, pero sí que debe tener en cuenta este importante factor a la hora de diagnosticar y tratar a sus pacientes jubilados.

La inseguridad

El hombre es un ser limitado y sometido a un sinnúmero de factores que no puede controlar. Esto hace que se sienta inseguro y que busque con empeño la seguridad. Para HS Sullivan, el afán de seguridad es en el hombre una tendencia primaria a la que se subordinan otras como la de poder. En este mismo sentido Karen Horney afirmaba: "Las personas pueden renunciar a la comida, al dinero, a la atención, al afecto, en la medida que sólo les niegan la satisfacción, pero no pueden renunciar a su seguridad". Si el hombre busca la seguridad desde la infancia, esta tendencia es más acusada en la vejez. En efecto, en la edad media de la vida, el hombre cuenta con una serie de circunstancias que le dan una cierta seguridad: la capacidad de trabajo, la salud, la situación profesional, las relaciones sociales, la familia... En la tercera y más en la cuarta edad, estas circunstancias han cambiado: la salud se ha comenzado a resquebrajar, el trabajo se tuvo que dejar, las relaciones sociales se han reducido, en definitiva, hay pocos pilares humanos en los que apoyarse. En consecuencia, la inseguridad es una disposición anímica muy frecuente en las personas mayores y un factor importante como desestabilizador del ánimo.

La soledad

Con el paso de los años, el hombre se va sintiendo solo, sensación, por otra parte, real, pues el hogar ruidoso y lleno de

vida cuando los hijos eran pequeños, va convirtiéndose en un nido vacío. Por motivos profesionales o porque se casan, los hijos dejan la casa paterna, y la muerte de algunos miembros de la familia contribuye a despoblar el hogar. Las relaciones proporcionadas por el trabajo profesional, tras la jubilación, se pierden en buena parte. La salud débil obliga a reducir los compromisos sociales. En otros casos, la pérdida total o parcial del oído o de la visión aíslan al anciano. Todos estos cambios van dejando solos a los viejos y si la soledad siempre es penosa, en esta época de la vida lo es más puesto que es cuando más se necesita la compañía y contar con personas que pueden prestar su ayuda en un momento de necesidad.

El declive físico y psíquico

A la plenitud de la madurez sigue el declive físico y psíquico que, aunque no sigue el mismo curso en todas las personas, es un hecho inevitable: se pierde más del 50% de la masa ósea y muscular, así como entre un 12 y un 47% de las neuronas (según los centros nerviosos), disminuye la capacidad respiratoria y aeróbica, la frecuencia cardíaca se acomoda peor a la intensidad del ejercicio físico, decrece la acuidad visual y auditiva, la piel se arruga, la distribución de la grasa no sigue un patrón regido por principios estéticos, es decir, el aspecto y las facultades físicas sufren una merma considerable. Y otro tanto se puede decir de las mentales: decrece la capacidad creativa y de síntesis, se tiende a la reiteración, la memoria, especialmente la de hechos recientes, disminuye de forma alarmante, en conclusión: hasta los menos observadores se dan cuenta de su debilidad. Cuando los viejos sólo tienen en cuenta estos hechos biológicos es natural que pierdan la autoestima y tiendan a la depresión.

La actitud del médico

El efecto de la jubilación, de la inseguridad, de la soledad, de la insatisfacción y del declive psico-físico, si no se elimina o se intenta paliar es como abrir la puerta a las distimias seniles. En asistencia primaria, un 18% de los pacientes presentan distimias y como un 50%, aproximadamente, de los aquejados de distimia no van al médico, se calcula que un 8% de la población global de tercera edad padece estos trastornos. En unas distimias predominan los síntomas depresivos, en otras los

de ansiedad o hipocondría, pero sea cual fuere el tipo de distimia lo cierto es que viene a añadir una carga pesada a las que, por la edad, tienen que soportar los ancianos. Y el médico en todos estos casos puede y debe aportar una ayuda muy valiosa.

Su primera tarea es diagnosticar la distimia, pues como se ha dicho más arriba, los pacientes suelen acudir a la consulta por motivos somáticos y no anímicos. Si el médico mantiene un diálogo distendido con el enfermo y se interesa por las condiciones en que se desarrolla su vida, pronto verá que uno o varios de los factores que hemos considerado antes, tienen que ver de forma bastante directa con los síntomas que refiere el paciente. En estos casos, sin descuidar la terapéutica sintomática, hay que tener presente la persona y sus circunstancias y lo primero que tendrá que hacer es redimensionar la importancia que el anciano atribuye a la situación que ha desestabilizado su ánimo. Es frecuente que exageren las consecuencias de la jubilación o de la soledad, etc. Cuando se les hace ver que tal situación no tiene tanta importancia como él le da, que se puede remediar y le ofrece orientaciones para solucionarla, se está dando un paso importante para su mejoría. Pero no puede quedar ahí la intervención del médico. Una segunda tarea, y la más importante, es hacer ver al paciente cómo han de enfocar el proceso de su senescencia, pues si el enfermo ve su progresiva reducción a la nada bajo un punto de vista puramente biológico, su situación anímica difícilmente podrá mejorar.

El médico, sin ser un moralista profesional, debe dar los consejos necesarios para que el paciente oriente adecuadamente su vida y sepa dar sentido a la situación en la que se encuentra. Para acertar en esta misión orientadora es necesario conocer las metas a las que el paciente dirige su existencia, los consejos serán, sin duda, muy diferentes si se trata de un creyente o de un agnóstico. Para el primero, bien orientado, puede encontrar sentido aún en aquellas cosas que para un inmanentista son negativas e incluso odiosas. En la actualidad son frecuentes las publicaciones que tratan de la influencia de la Religión y de la práctica religiosa en la aparición y en el curso de las distimias. Autores como Johnson y Obayashi afirman que las distimias y, en general, la senescencia, de aquellos que creen y son consecuentes con su fe, tienen un curso más favorable que en los no creyentes o no practicantes. Si el médico, basado en esta realidad orienta al anciano a apoyarse en su fe para que vea con otra perspectiva su declinar y las consecuencias que el declinar conlleva, le ayudará eficazmente a envejecer como persona.